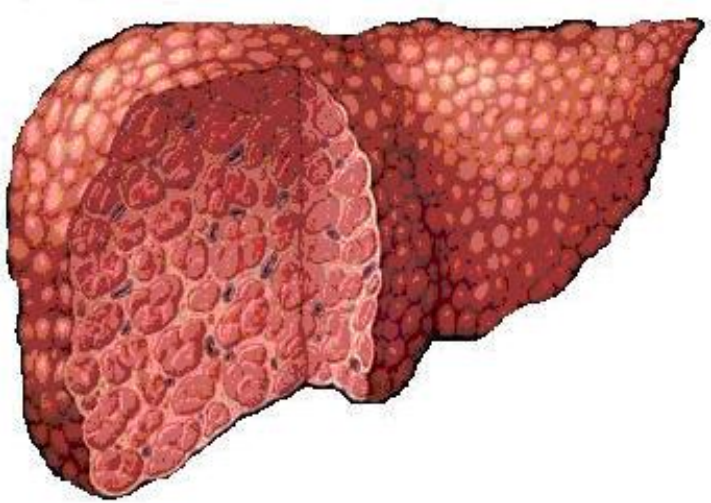
# Nutrition chez le cirrhotique

Benoît DUPONT, Servais ELOUMOU et Marie-Astrid PIQUET



CHUCaen

JFHOD 24-27 MARS PARIS 2011

Benoit DUPONT

# Nutrition chez le cirrhotique

**Objectifs pédagogiques :**

- Connaître les conséquences nutritionnelles de la cirrhose
- Connaître les conséquences de la malnutrition chez le cirrhotique
- Savoir évaluer l'état nutritionnel chez le cirrhotique
- Connaître les besoins nutritionnels spécifiques
- Connaître les techniques de supplémentation nutritionnelle

# Conflits d'intérêts

**Le Docteur Benoit DUPONT déclare**

**ne pas être en situation de conflit d'intérêt particulier**

# Nutrition chez le cirrhotique

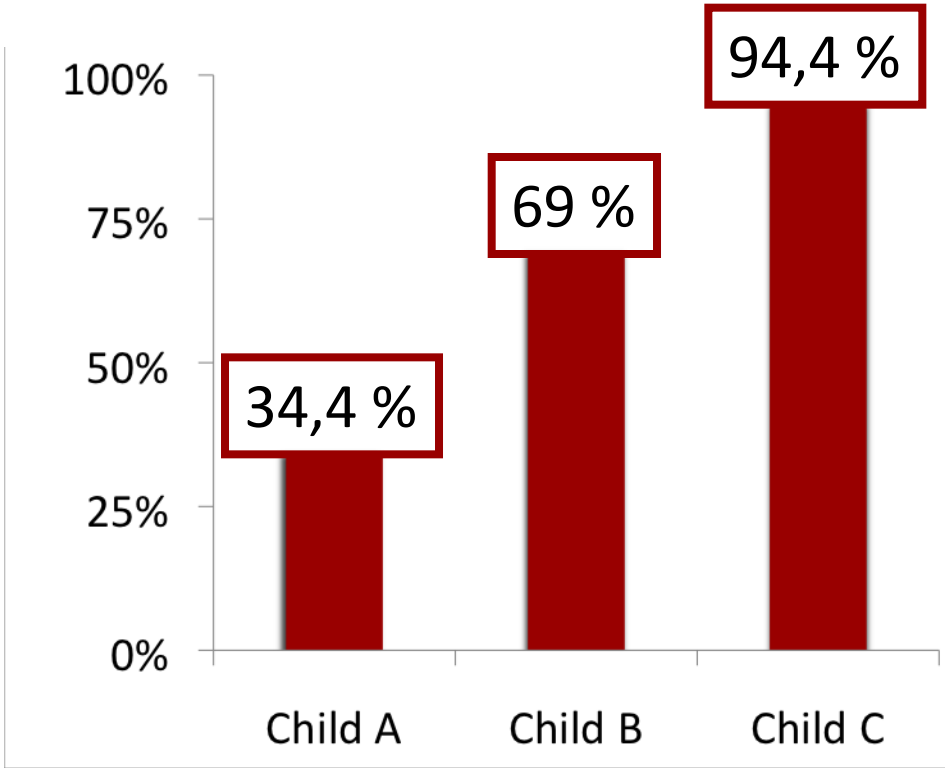
La dénutrition est-elle fréquente chez le cirrhotique ?

# Dénutrition et cirrhose

- La fréquence de la dénutrition chez le cirrhotique varie de 34 à 65 %

Lautz *et al.* Clin Invest, 1992
Garegaro *et al.* Am J Clin Nutr, 1996
Thuluvath *et al.* Am J Clin Nutr, 1994

- Corrélée à la sévérité de la cirrhose




Figuereido *et al.* J Gastroenterol, 2006

# Nutrition chez le cirrhotique

La dénutrition joue-t-elle un rôle pronostic dans la maladie ?

# Pronostic de la dénutrition

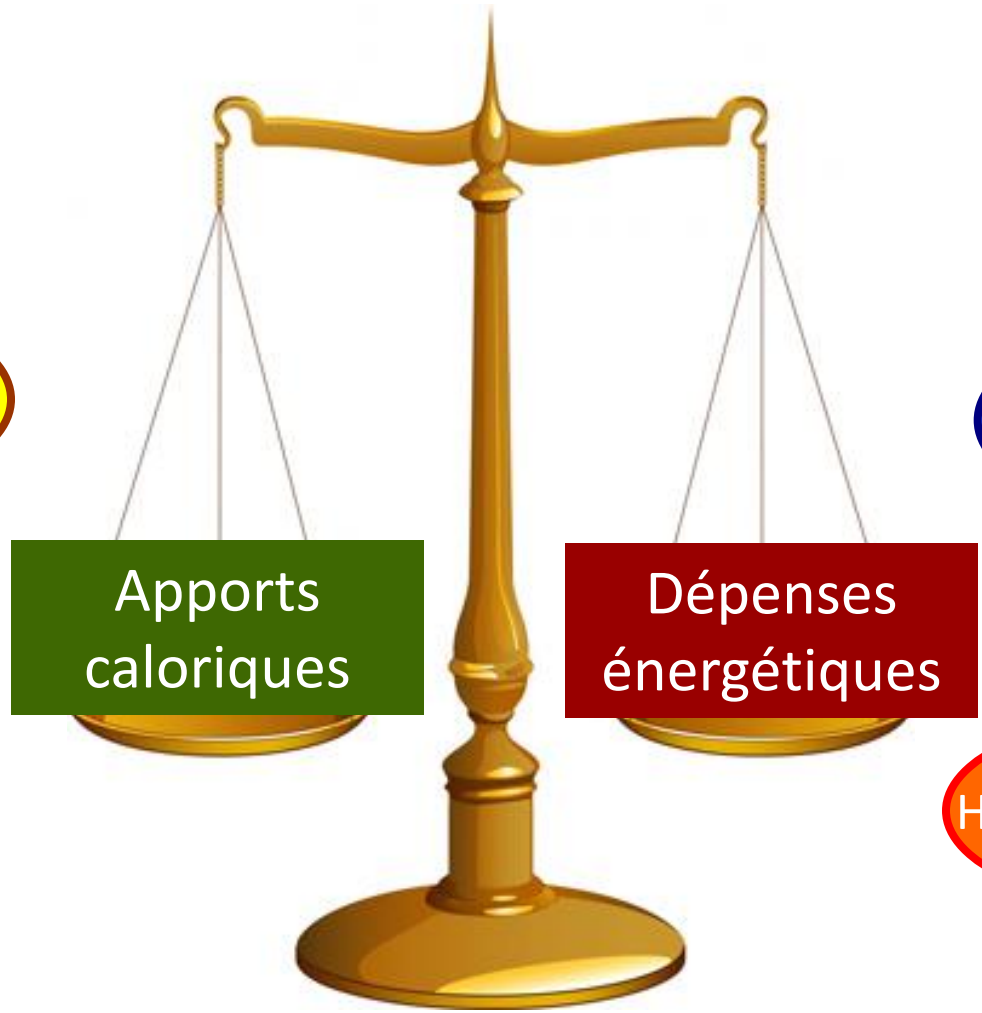
- La dénutrition est un facteur prédictif indépendant de mortalité chez le cirrhotique

Alberino *et al.* Nutrition, 2001

# Nutrition chez le cirrhotique

Quelles sont les causes de la dénutrition chez le cirrhotique ?

# Causes de la dénutrition chez le cirrhotique




Anorexie

Malabsorption

Insulino-résistance

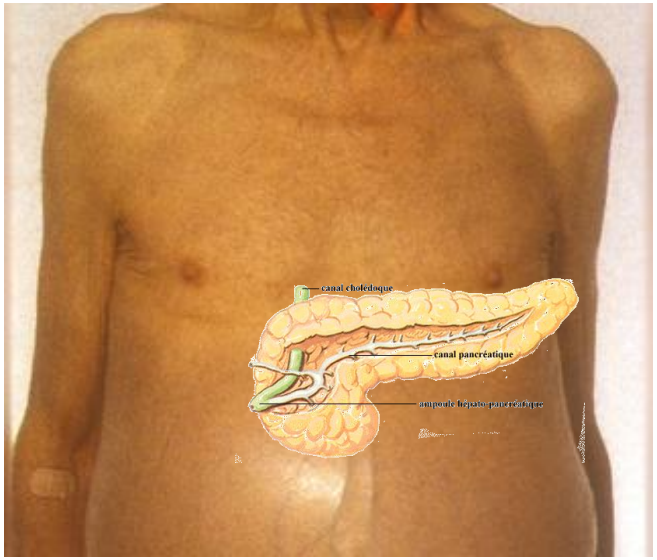
Hypermétabolisme

# Causes de la dénutrition chez le cirrhotique

Malabsorption

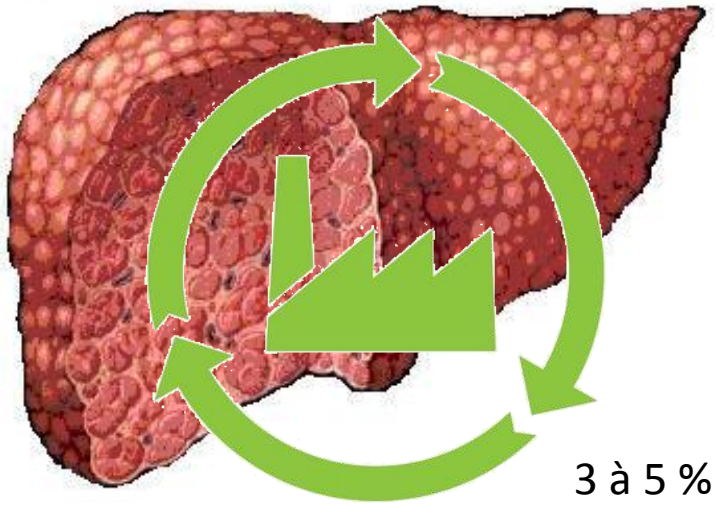
Vitamines liposolubles

Ictère




Insuffisance Pancréatique

Hypermétabolisme



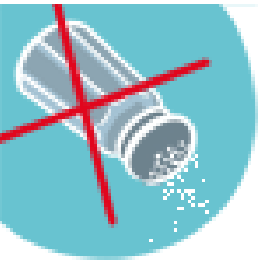
3 à 5 %

Muller *et al*. Clin Nutr, 1994

# Causes de la dénutrition chez le cirrhotique

- 83 % des patients hospitalisés pour une pathologie hépatique alcoolique

Achord, Am J Gastroenterol 1987



Régimes

Examens

Anorexie

Carence en Zinc et/ou Vit A

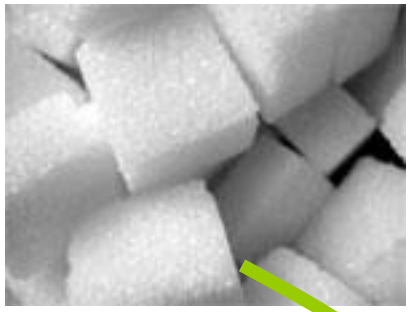
Alcool

Compression mécanique

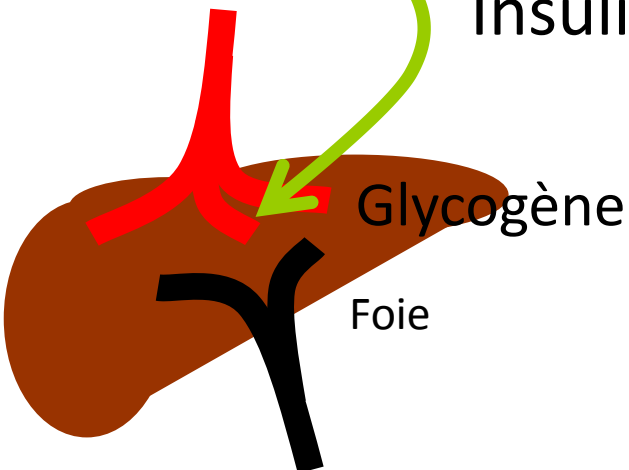
Encéphalopathie hépatique

# Causes de la dénutrition chez le cirrhotique

Sucres



Insuline




Insulino-résistance ⟷ Sévérité de la cirrhose

Défaut de stockage du glycogène

↓

Déstockage précoce des graisses et des acides aminés

Situation de jeûne accéléré

Chang *et al.* JPEN, 1997

# Nutrition chez le cirrhotique

Comment évaluer l'état nutritionnel du patient cirrhotique ?

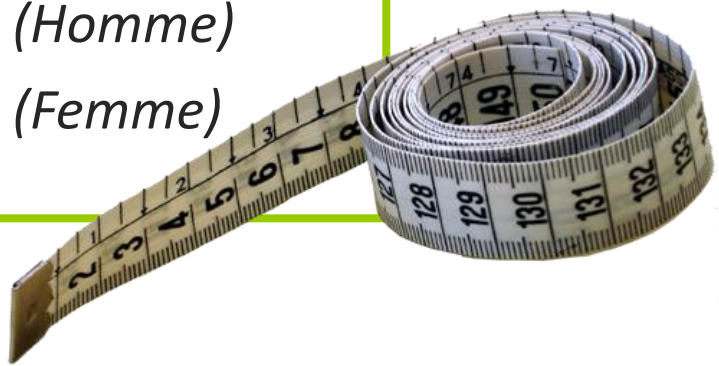
# Outils d'évaluation chez le cirrhotique

- Poids, perte de poids, IMC
  - *Ascite, œdèmes*
- Albumine, pré-albumine
  - *Insuffisance hépato-cellulaire*

# Outils d'évaluation chez le cirrhotique

## PARAMETRES ANTROPOMETRIQUES

- Pli Cutané Tricipital
- Circonférence Musculaire Brachiale
- Circonférence Brachiale
  - < 26 cm *(Homme)*
  - < 24 cm *(Femme)*



Frisancho, Am J Clin Nutr, 1981

# Nutrition chez le cirrhotique

Quels sont les besoins nutritionnels du patient cirrhotique ?

# Besoins nutritionnels spécifiques

| *Recommandations ESPEN, 2006* | **Cirrhose compensée** | **Cirrhose décompensée** |
|---|---|---|
| Energie | 35 Kcal/kg/j | 40 Kcal/kg/j |
| Glucides<br>Lipides | 50 à 65 %<br>35 à 50 % | |
| Protéines | 1,2 g/kg/j | 1,5 g/kg/j |
| Vitamines et micronutriments | calcium 1 g/j, vitamine D 800 UI/j (systématique)<br>vitamine $B_1$ 500 mg/j, vitamine $B_6$ 250 mg/j (si alcoolisme) | |

# Besoins nutritionnels spécifiques

- Régime sans sel large

- 2 à 3 g de NaCl/j

# Nutrition chez le cirrhotique

Quels sont les techniques de supplémentation à employer chez le patient cirrhotique ?

# Quelle technique de nutrition ?

Insulinorésistance

➔ Jeûne accéléré

Tsuchiya *et al.* Hepatol Res, 2005

- Situation de crise
- Compliance

# CNO : Mode d'emploi

COMPLIANCE

Comme un médicament

frais

à petites gorgées

à la paille

10h, 16h, 22h

à distance des repas

# Nutrition artificielle

## Première intention

1

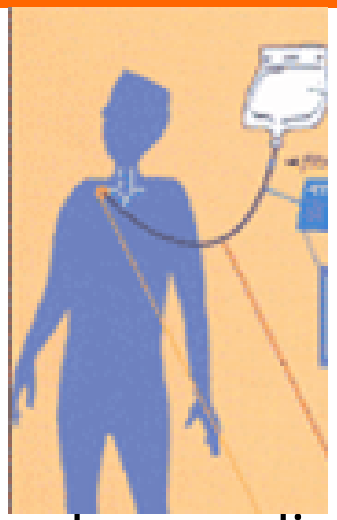
Nutrition entérale

↗ Trophicité intestinale

↘ Translocation bactérienne

Pas de CI en cas de VO

## Dernier recours



Nutrition parentérale

Risques de complication :

- Infection
- Tolérance
- Pneumothorax

Plauth *et al.* ESPEN guidelines on enteral nutrition: liver disease. Clin Nutr 2006

# Nutrition chez le cirrhotique

Dans quelles situations cliniques proposer un support nutritionnel ?

# Situations cliniques

- Transplantation hépatique

↘ Complications post-op

↘ Complications septiques

↘ Durée d'Hospitalisation

Avant et après THO

- Péri-opératoire

↘ Complications post-op

↘ Complications septiques

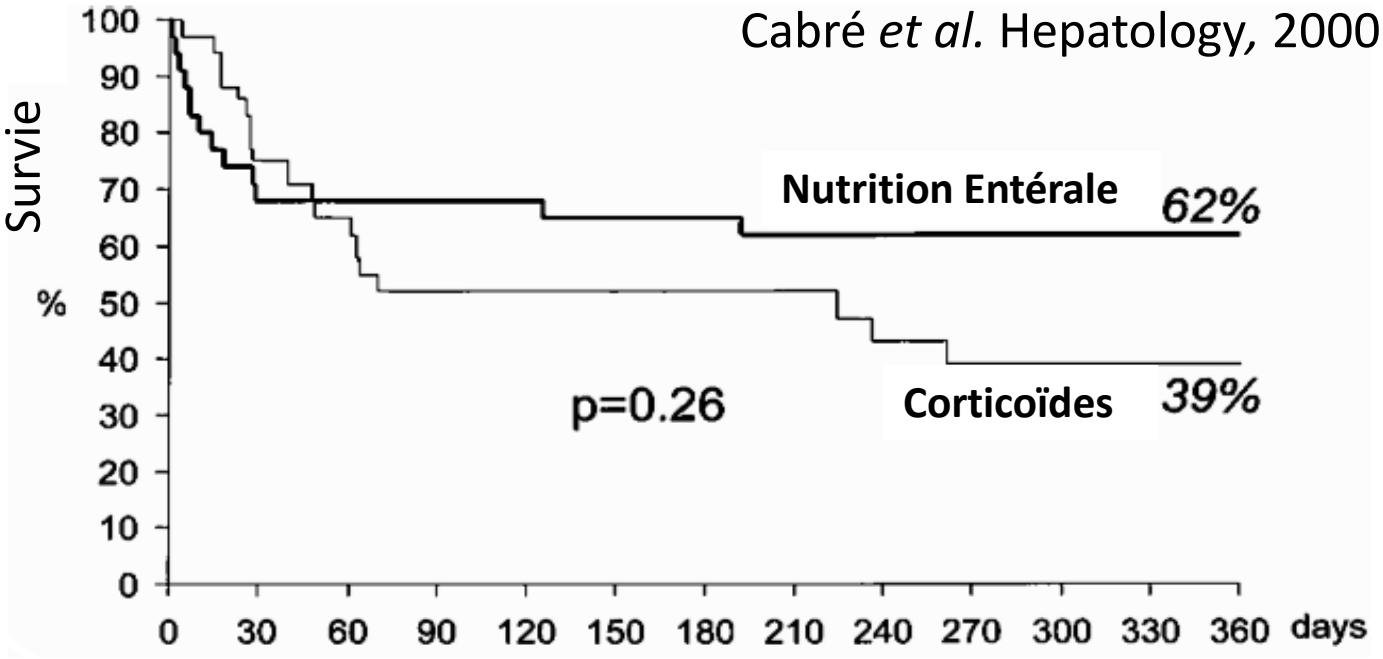
Après Chirurgie

Le Cornu *et al*. Transplantation 2000
Reilly J *et al.* JPEN 1990

Fan ST *et al.* N Engl J Med 1994

# Hépatite alcoolique aiguë

Cabré *et al.* Hepatology, 2000




- Alternative possible à la corticothérapie
- Bénéfice plus à long terme
- Diminuerait le risque de complications infectieuses

# Cirrhose

## *Suppléments nutritionnels oraux*

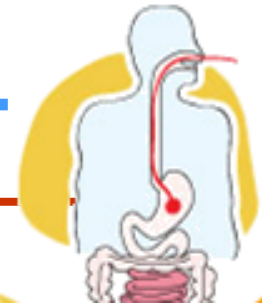
- Amélioration des paramètres nutritionnels
- Amélioration des paramètres hépatiques
- Pas de bénéfice en terme de survie

Hirsch *et al.* J Am Coll Nutr, 1999
Cunha L *et al.* Gastroenterol Clin Biol 2004
Marchesini *et al.* Gastroenterology 2003

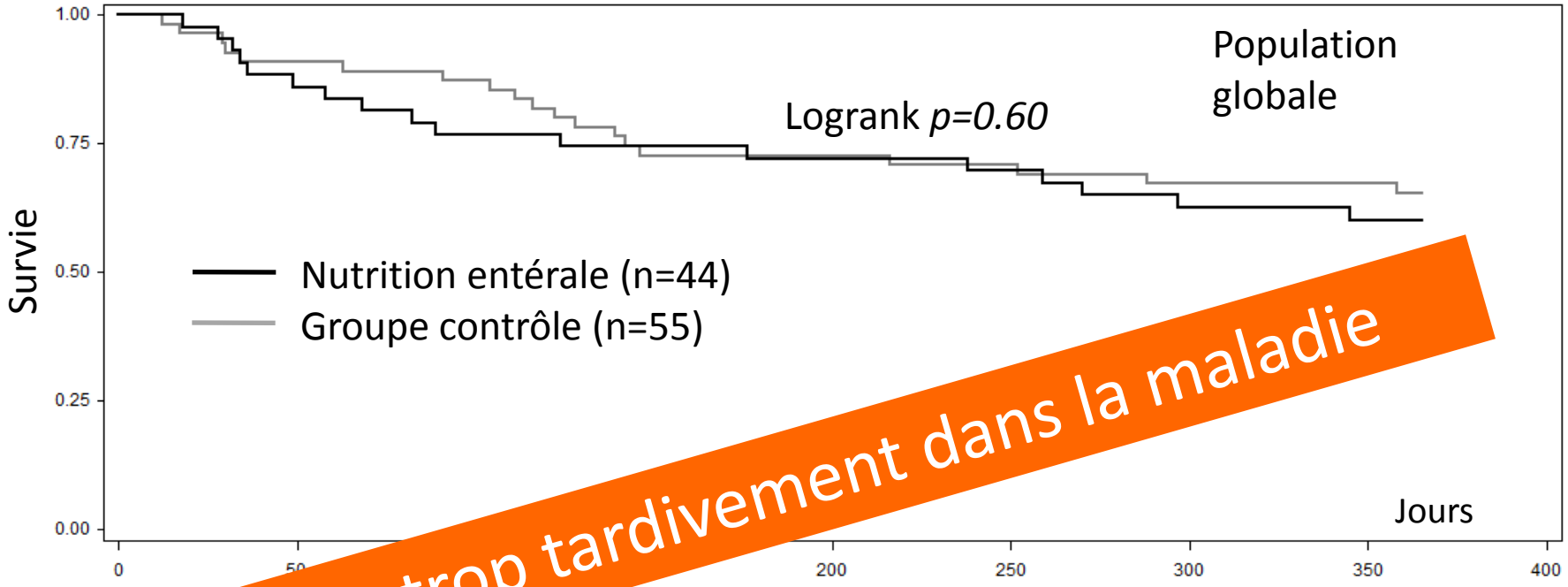
# Cirrhose

## *Nutrition entérale*

| Références | Effectifs *NE vs Control* | Survie | Fonction hépatique | Paramétres Nutritionnels |
|---|---|---|---|---|
| De Ledinghen *et al.* Dig Dis Sci, 1997 | 12 *vs* 10 | - | - | - |
| Mendenhall *et al.* *JPEN, 1985* | 23 *vs* 24 | - | - | + |
| Kearns *et al.* *Gastroenterology, 1992* | 16 *vs* 15 | - | + | + |
| Cabré *et al.* *Gastroenterology 1990* | 16 *vs* 19 | + | + | + |



# Cirrhose évoluée




Pas trop tardivement dans la maladie

- Etud… …ve randomisée (n=99)
- Cirrhose évoluée avec Ictère (Bilirubine>50 µmol/L)
- Nutrition entérale 28 jours

Dupont *et al.* JFHOD 2010 ; CO 191

# Take home messages

- La malnutrition est fréquente au cours de la cirrhose
- Le fractionnement de l'alimentation → première ligne de traitement
- La nutrition entérale doit être préférée à la nutrition parentérale (35 kcal/kg/j)
- Les besoins protéiques sont augmentés (1,2 g/kg/j)
- Le régime sans sel doit être large (2 à 3 g NaCl/j)
- Supplémentation en calcium (1 g/j) et vitamine D (800 UI/j)

# Points forts

❶ La malnutrition est fréquente au cours de la cirrhose et aggrave le pronostic.

❷ Le fractionnement de l'alimentation, avec l'ajout d'une collation dans la soirée, est la première ligne de traitement.

❸ Si l'anorexie est sévère, la nutrition entérale doit être préférée à la nutrition parentérale. Les besoins énergétiques sont de 35 kcal/kg/j.

❹ Les besoins protéiques sont augmentés par rapport à des sujets sains (1,2 g/kg/j). L'encéphalopathie hépatique n'est pas une contre-indication à un apport protéique standard.

❺ S'il est indiqué, le régime sans sel doit être large (2 à 3 g NaCl/j). Une supplémentation en calcium (1 g/j) et vitamine D (800 UI/j) est indiquée de façon systématique.